

gültig ab  
01.07.2026

Preisliste  
Physiotherapie im Klostergut Besselich



<b>Positionsnr.</b>	<b>Leistungsbezeichnung</b>	<b>Preis</b>
20106 S20106	klassische Massage (KMT) 20 Min	30,28 €
S201060	klassische Massage 30 Min	45,42 €
D20106	klassische Massage Doppelbehandlung 40 Min	60,56 €
S201061	klassische Massage 60 Min	90,84 €
20201	MLD 45 Min, Großbehandlung	75,52 €
20202	MLD 60 Min, Ganzbehandlung	100,72 €
20204	Kompressionsbandagierung einer Extremität	32,09 €
20205	MLD 30 Min, Teilbehandlung	50,36 €
20501	Krankengymnastik, 15-25 Min.	41,48 €
D20501	Krankengymnastik Doppelbehandlung	82,96 €
20507	KG Muko (60 Minuten)	124,52 €
20712	KG ZNS PNF	65,88 €
21104	Traktionsbehandlung mit Gerät, 10-20 Min	12,08 €
21201	Manuelle Therapie, 15-25 Min.	49,82 €
D21201	Manuelle Therapie Doppelbehandlung	99,64 €
21501	Warmpackung einzelner oder mehrerer Körperteile (Fango, Moor, Pelose) einschl. Nachruhe, 20-30 Min.	22,62 €
21530	Heiße Rolle, 10-25 Min	18,86 €
21534	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen, 5-10 Min	16,73 €
29907	Wegegeld je KM	0,30 €
29933	ärztlich verordneter Hausbesuch	31,89 €

Datum, Unterschrift:

# Behandlungsvertrag PKV



Name

Geburtsdatum

Anschrift

Kontakt Privat / Mobil

E-Mail

Name des Versicherten (bei minderjährigen Patienten)

*Freiwillige Angaben:*

Waren Sie schon einmal in Physiotherapeutischer Behandlung?

Ja

Nein

Wann und weswegen?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (optional)

1. Die Abrechnung erfolgt nach der **aktuell gültigen Gebührenliste der Praxis**.
2. Die Behandlungen erfolgen ausschließlich nach vorheriger Terminvereinbarung. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass **unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mindestens 24h vorher) mir in Rechnung gestellt werden können** (Annahmeverzug gemäß §615 BGB).
3. Die Behandlungskosten sind innerhalb **14 Tagen nach Rechnungsdatum** zu zahlen. Mit Überschreitung dieser Zahlungsfrist entsteht, ohne weitere Zahlungsaufforderung oder Mahnung, Anspruch auf Berechnung der gesetzlichen Verzugszinsen.
4. Die **Vereinbarung ist unabhängig von einer Erstattung** der Vergütung durch Ihre Beihilfestelle und / oder Private Krankenversicherung. Bitte erkundigen Sie sich vor Antritt der Behandlung entsprechend bei Ihrem Kostenträger.
5. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie bereits in verständlicher Weise ausreichend vom verordnenden Arzt über Ihre Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden sind. Sollte im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese vor Behandlungsbeginn von Ihrem Therapeuten durchgeführt. Ebenfalls wird der Therapeut Sie über mögliche Maßnahmen informieren, die Sie selbst ergreifen können, um den Heilungsprozess während und nach der Therapie zu unterstützen.

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Behandlungsvertrag PKV



## Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass die **Praxis für Physiotherapie im Klostergut Besselich** meine personenbezogenen Daten zu folgenden Zwecken erhebt, verarbeitet und nutzt:

- Pflege der Kontaktdaten
- Erfüllung des Behandlungsvertrags
- Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten
- Therapeutische Dokumentation, Behandlungsberichte und Arztbriefe
- **Terminerinnerungen per SMS oder E-Mail**
- **Kontaktaufnahme über WhatsApp (z. B. Terminabsprachen, Änderungen)**

Zu diesen Zwecken dürfen meine Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsstelle weitergegeben werden.

Ich wurde darüber informiert, dass:

- meine Daten gemäß **DSGVO** und **BDSG** verarbeitet werden,
- die Einwilligung freiwillig erfolgt,
- ich jederzeit die **Berichtigung, Löschung oder Sperrung** meiner Daten verlangen kann,
- ich meine Einwilligung **jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen** kann.

Ein Widerruf ist zu richten an:

**Praxis für Physiotherapie im Klostergut Besselich, Klostergut Besselich, 56182 Urbar**

Nach Widerruf werden meine Daten – soweit gesetzlich zulässig – gelöscht, und die Praxis informiert ggf. beteiligte Dritte.

**Hinweis:** Mir ist bekannt, dass bei der elektronischen Kommunikation (E-Mail, SMS, WhatsApp) trotz technischer Schutzmaßnahmen kein vollständiger Datenschutz gewährleistet werden kann. Ich erkläre mich dennoch mit dieser Kontaktaufnahme einverstanden.

**Die vorstehenden Hinweise, insbesondere zu der Patientenaufklärung habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an.**

**Eine Kopie dieser Vereinbarung erhalte ich auf Wunsch.**

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_